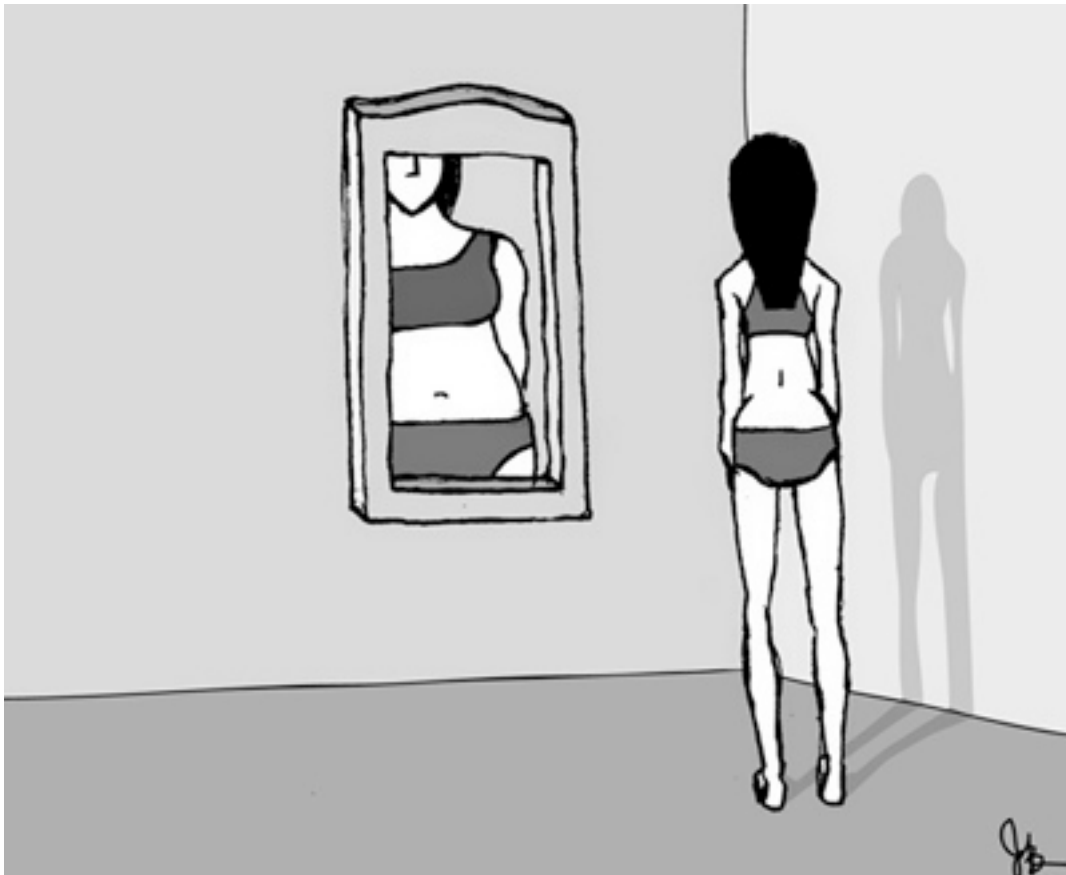


# Bruk av SCOFF for diagnostisering av spiseforstyrrelser i allmennpraksis



Obligatorisk oppgave i KLOK  
2009/2010

Universitetet i Oslo, Det Medisinske Fakultet,  
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Skrevet av: Petter Sørensen (leder), Une S. Graff,  
Charlotte Mathilde Friis, Tore T. Stubhaug og Magnus B. Berge

# 1 Innholdsfortegnelse

1 Innholdsfortegnelse .....	2
2 Sammendrag .....	3
3 Kunnskapsgrunnlaget .....	4
3.1 Presentasjon av fagområdet .....	4
3.2 SCOFF .....	5
4 Metode .....	8
5 Forbedringsarbeidet .....	9
5.1 Effektindikator .....	10
6 Prosess og organisering for bedre praksis .....	12
6.1 Ledelsesaspekter .....	14
6.2 Evaluering .....	14
6.3 Oppfølging/sikre videre forbedring for fremtiden .....	15
7 Diskusjon .....	16
8 Konklusjon .....	18
9 Kilder .....	19

## 2 Sammendrag

Prosjektoppgaven er skrevet som en obligatorisk del av faget kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLoK) under 11.- 12 semester ved profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Oslo.

Den initiale presentasjonen av spiseforstyrrelser i allmennpraksis er ofte kryptisk med diffuse fysiske og psykiske symptomer og derfor vanskelig å diagnostisere. Britiske studier har vist at under halvparten av klinisk presenterte spiseforstyrrelser identifiseres. Vi har liten grunn til å tro at det er vesentlig forskjellig i Norge. Det er en alminnelig oppfatning i litteraturen og blant spesialister på området at tidlig diagnostisering har en klar positiv effekt på pasientens prognose. Målet med oppgaven har vært å finne frem til et godt dokumentert tiltak som vil kunne bedre diagnostiseringen av spiseforstyrrelser i en norsk allmennpraksis. Etter en gjennomgang av temaet ved litteratursøk i Cochrane og Pubmed, samt samtaler med norske allmennleger og dr. Tori Flaatten, lege ved Studenthelsetjenesten i Nydalen og ved Klinikk for psykisk helse på Gaustad, kom vi frem til at SCOFF bør brukes som et screeningverktøy ved mistanke om en spiseforstyrrelse. En SCOFF-anamnese er rask og enkel å gjennomføre og har høy negativ prediktiv verdi. Positiv SCOFF-anamnese må føre til videre utredning.

Vi ser for oss at den praktiske gjennomføringen av prosjektet skal foregå i en gruppepraksis, og at prosjektansvarlig bør være en av legene internt i praksisen. En konsekvent bruk av SCOFF ved mistanke om spiseforstyrrelser bør gjennomføres og evalueres som nevnt i teksten. I tillegg til en god fremstilling av kunnskapsgrunnlaget, må prosjektleder evne å motivere seg selv og sine kolleger med potensialet for pasientens bedre helse, samt muligheten for bedre egenmestring av en potensielt vanskelig pasientgruppe. Evaluering av prosjektet kan gjøres ved å måle endringer i hyppighet av diagnostiserte spiseforstyrrelser, ICPC kode P86. En slik evaluering vil ikke skille mellom legens potensielt økte bevissthet rundt spiseforstyrrelser og SCOFF's direkte effekt, men vil reflektere pasientenes potensielt bedre prognose forutsatt at prevalensen i populasjonen er konstant.

**KONKLUSJON:** Vi ser SCOFF som et enkelt, godt tilgjengelig, billig og trygt verktøy for bruk i norsk allmennpraksis. Det egner seg godt til å utelukke en mistenkt spiseforstyrrelse, og kan gi et kraftig insitament for videre utredning. Vi mener prosjektet bør gjennomføres.

## 3 Kunnskapsgrunnlaget

### 3.1 Presentasjon av fagområdet

Spiseforstyrrelser er blant de mest utbredte psykiatriske lidelsene blant unge kvinner. Dette er tilstander som i stor grad kan påvirke morbiditet og mortalitet, spesielt hos ubehandlede pasienter (1). Prevalensen av anorexia nervosa i Norge er på ca 0,3% mens prevalensen av bulimia nervosa er noe høyere; på 1,5 - 3% (2). Men prevalensen varierer innenfor pasientgrupper, og i aldersgruppen 15-19 år er det enkelte steder funnet en prevalens på over 10%(3).

"Den initiale presentasjonen av spiseforstyrrelser er ofte kryptisk med en lang rekke diffuse fysiske og psykiske symptomer." Dette skriver forfatterne av en artikkel fra Storbritannia fra 2009. Med bakgrunn i dette er ikke forfatterne overrasket over at mindre enn halvparten av kliniske tilfeller av spiseforstyrrelser i Storbritannia identifiseres(4). På tross av relativt lav prevalens sett i et folkehelseperspektiv, har disse sykdommene, spesielt blant visse pasientgrupper, en høy mortalitet og morbiditet som kan reduseres drastisk med effektiv behandling. Det er derfor svært viktig at leger, spesielt i primærhelsetjenesten, har nok kunnskap slik at de oppdager disse tilstandene så tidlig som mulig.

Spiseforstyrrelse kan defineres som et forvrengt selv bilde med en oppfattelse av seg selv som overvektig til tross for at kroppsvekten er normal eller ofte betydelig lavere enn det som er normalt. De opptrer ofte samtidig som en rekke andre psykiske lidelser som tvangslidelser, personlighetsforstyrrelser, rusmisbruk, depresjon og dystymi (2). Alvorlighetsgraden av spiseforstyrrelser kan variere sterkt. I relativt lette tilfeller er det kun et unormalt sterkt fokus på kosthold, trening og slanking. Disse pasientene kan sågar være normalvektige. I alvorlige tilfeller kan underernæringen gå så langt at det for eksempel oppstår elektrolyttforstyrrelser. Disse kan i verste fall medføre død(5).

Behandlingen av spiseforstyrrelser vil foregå i primærhelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten, eller som et samarbeid mellom disse. De mest alvorlige tilfellene blir lagt inn for behandling ved psykiatrisk sykehus, eventuelt etter somatisk stabilisering ved somatisk sykehus. Men det store flertallet av disse pasientene behandles i primærhelsetjenesten. Det er derfor viktig at allmennpraktikeren har gode kunnskaper om

diagnosen og dens behandling. Behandlingen av spiseforstyrrelser må favne om både somatiske, psykologiske, familiære, sosiale og kulturelle forhold(6). For allmennlegen kan det være aktuelt å innhente hjelp fra en rekke forskjellige yrkesgrupper som psykiater, ernæringsfysiolog, pediater og psykolog. Ett av hovedmålene for behandlingen er en kontrollert vektøkning. Dette kan oppnås gjennom hyppige, små måltider og regelmessig veiing av pasienten. Det bør være et mål at pasienten inntar minst 2000 kkal pr dag. Det er viktig at det ikke utelukkende fokuseres på vekt, men at en også tar tak i de psykologiske forstyrrelsene som ligger til grunn for lidelsen. Kognitiv atferdsterapi har en godt dokumentert effekt på disse forstyrrelsene. Det må til enhver tid være fokus på de positive sidene ved vektøkning som økt fysisk yteevne og bortfall av somatiske komplikasjoner. Det er også viktig å gi pasienten en følelse av kontroll over egen sykdom og behandling(6). Forløpet ved spiseforstyrrelser er ikke fullgodt dokumentert, men studier av pasienter med anoreksi kan tyde på at ca 50% har et godartet forløp, 30% har et middels forløp, og 20% har et dårlig forløp. Blant dårlige, inneliggende pasienter vil cirka 6% dø av sykdommen, enten som følge av medisinske komplikasjoner eller grunnet suicid(5).

Mange av pasientene vegrer seg for å kontakte helsevesenet. I snitt går pasientene med alvorlige, behandlingstrengende problemer i 4-5 år før de søker hjelp(2). Ofte vil de i forkant av at de får hjelp ha hatt en rekke kontakter med forskjellige leger for diverse diffuse problemstillinger. På tross av at det er få studier som har sett spesifikt på sammenhengen mellom tidlig intervensjon og prognose, konkluderer de fleste forfattere med at det er svært viktig med tidlig oppdagelse for et fordelaktig resultat(1, 7-9). Det er derfor svært viktig at allmennlegene kjenner til de vanligste debutsymptomene ved spiseforstyrrelser, og at de har god kunnskap om behandlingen av sykdommene. Dessverre er det mye som tyder på at en del allmennpraktikere ikke har tilstrekkelige kunnskaper hverken om diagnostisering eller behandling(4, 10).

### **3.2 SCOFF**

Som nevnt tidligere kan diagnosen være vanskelig å stille i en rekke tilfeller da sykdommen kan ha til dels svært ukarakteristisk presentasjon. Det kan være til stor hjelp for

allmennpraktikeren med en sjekkliste til bruk ved diagnostiseringen av spiseforstyrrelser. I 1999 utarbeidet Morgan et al SCOFF(4). Dette skulle være et screeningsinstrument som skulle fokusere på kjernesymptomene ved anorexi og bulimi. SCOFF er et akronym og inneholder 5 spørsmål. Legen skal stille spørsmålene fortløpende under en konsultasjon hos pasienter der han mistenker en spiseforstyrrelse. Det er ikke et instrument ment for direkte diagnostisering, men kan benyttes for å styrke mistanken og dermed gi et signal om behov for videre utredninger. SCOFF kan på samme måte brukes til å utelukke diagnosen. Testen har siden 1999 blitt oversatt til 6 språk, deriblant norsk, og den finnes i Norsk Elektronisk Legehåndbok. Der er spørsmålene oversatt som følger(2):

- Brekker du deg fordi du føler deg ubehagelig full i magen?
- Er du bekymret fordi du mister kontroll over hvor mye du spiser?
- Har du nylig gått ned mer enn 6 kilo i vekt over en tremånedersperiode?
- Synes du at du er tykk selv om andre sier at du er for tynn?
- Vil du si at mat har en dominerende plass i livet ditt?

Generelt må screeninginstrumenter ha en svært høy sensitivitet for å plukke opp så mange tilfeller som mulig. Prisen for en høy sensitivitet er å redusere spesifisiteten, noe som fører til et høyere antall falske positive. Med tanke på de høye morbiditets- og mortalitetsratene ved spiseforstyrrelser ble det å maksimere sensitiviteten førsteprioritet, og det ble satt en cut-off på 2 av 5 positive svar, fremfor 3 av 5(4).

Siden 1999 har SCOFF blitt testet og validert i flere ulike studier, og har blitt et populært verktøy blant helsepersonell, blant annet i Storbritannia.

I én studie deltok 341 kvinner i alderen 18 til 50. Én lege brukte SCOFF som screeningsverktøy med cut-off på 2 av 5 positive svar, og brukte under 2 minutter på å stille alle 5 spørsmålene. En annen lege brukte et gullstandard klinisk diagnostisk intervju, og visste ikke resultatet av SCOFF-screeningen. Intervjuet baserte seg på DSM IV-kriteriene for anorexi, bulimi og Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS).

SCOFF oppdaget alle tilfellene av bulimi og anorexi i gruppen (4 tilfeller), og 7 av 9 tilfeller av EDNOS. Dette ga en sensitivitet på 84,6 %. Hos de 328 pasientene som ikke fikk diagnostisert noen spiseforstyrrelse i gullstandardintervjuet, resulterte SCOFF i 34 falske positive tester, noe som ga en spesifisitet på 89,6 %. På bakgrunn av at dette var en

populasjonsstudie, ble positiv og negativ prediktiv verdi kalkulert til å være henholdsvis 24,4% og 99,3 %. Det ble konkludert med at den lave positive prediktive verdien reflekterte den lave prevalensen i befolkningsgruppen. Overinkludering ble også sett på som akseptabelt på bakgrunn av den høye mortalitet og morbiditet ved lidelsene, og spesielt siden spørreskjemaet var lett og raskt å bruke. En positiv test (ja på 2 eller flere av de 5 spørsmålene) burde føre til videre utspørring og anamnese fremfor automatisk henvisning til spesialist. Det ble endelig konkludert med at SCOFF viste seg å være et effektivt screeningsverktøy i allmennpraksis(4).

SCOFF er også innført i Finland, og en artikkel fra 2009 vurderer den finske utgaven av screeningsverktøyet blant finske ungdommer(11). Her ble SCOFF vurdert som et alternativ til allerede etablert fysisk undersøkelse hos skolelege for å finne potensielle tilfeller av spiseforstyrrelse. Det ble også her konkludert med at SCOFF er et nyttig instrument for å finne spiseforstyrrelser, spesielt når det ikke foreligger objektive tegn på sykdommen. Også flere andre forfattere kommer til samme konklusjon når det gjelder SCOFF(12, 13).

Det er vanskelig å oppdage spiseforstyrrelser på grunn av et svært komplekst sykdomsbilde. På bakgrunn av de overfor nevnte studier som er gjort i land der SCOFF er i bruk, er det rimelig å tro at også norske allmennpraktikere kan ha nytte av SCOFF.

## 4 Metode

Kunnskapsgrunnlaget er basert på søk gjort i Cochrane og Pubmed med følgende søkealgoritmer:

1. "Eating disorders AND early intervention"
2. "Eating disorders AND primary care"
3. "Eating disorders AND SCOFF"

Vi fant da til sammen 100 artikler der vi har gjort et utvalg blant de vi fant relevante.

Vi har supplert med søk på "anorexia nervosa" og "bulimia nervosa" i Norsk Elektronisk Legehåndbok. Vi har også hentet inn informasjon fra lærebøker i psykiatri, se for øvrig kildelisten.

I tillegg har vi innhentet informasjon fra flere allmennpraktiserende leger inkludert Dr. Tori Flaatten som både jobber ved studenthelsetjenesten i Nydalen og ved Klinikk for psykisk helse på Gaustad.



## 5 Forbedringsarbeidet

Mange av studentene på BI har sin fastlege ved Studenthelsetjenesten i Nydalen. Ved dette legekontoret har man erfart at svært mange pasienter oppsøker legen for ulike problemer tilknyttet uspesifikke symptomer i lang tid før de endelig diagnostiseres med lidelsen spiseforstyrrelse. Fastlege Tori Flaatten er av den oppfatningen at pasientene "halvbevisst leter etter hjelp". De vil derfor ofte presentere uspesifikke symptomer som: Ønske om å bli vegetarianer, menstruasjonsforstyrrelse, opplevelse av økt rumling fra mage-tarm-systemet, konsentrasjonsforstyrrelser, hodepine og bekymringer vedrørende stoffskiftet. På bakgrunn av det overnevnte har fastlegene ved Studenthelsetjenesten i Nydalen erfart at den egentlige bakenforliggende sykdommen, spiseforstyrrelse, ofte diagnostiseres svært sent. Dr Flaatten mener dette er bekymringsverdig da forsinket diagnostisering vil forringe pasientens utsikter til varig bedring. Også i litteraturen har vi funnet god dokumentasjon for at tidlig diagnostisering bedrer pasientenes prognose (se kunnskapsgrunnlaget). Med bakgrunn i det overnevnte avledes vår problemstilling:

Hvordan diagnostisere spiseforstyrrelser tidligere i norsk allmennpraksis?

De ulike lidelsene innenfor begrepet spiseforstyrrelser er definert som en konstellasjon av ulike symptomer i ICD10 og i DSM IV. Vi kan per i dag ikke finne noen henvisninger til lokale eller nasjonale retningslinjer for diagnostisering av spiseforstyrrelser i allmennpraksis, men vi finner at SCOFF ligger svært lett tilgjengelig på NEL for alle norske allmennleger. Vi fant det derfor nødvendig med en egen datainnsamling for å avdekke om norske allmennleger allerede var kjent med SCOFF, om de bruker den og hvis ikke; ville de vært interessert i å bruke SCOFF hvis de fikk en innføring i bruken av denne? Av den grunn tok vi kontakt med flere allmennleger i Oslo og gjorde en enkel survey per telefon. Vi ønsket også å komme i kontakt med en ekspert innen fagfeltet. Vi kontaktet derfor Dr. Tori Flaatten som til daglig både arbeider ved Studenthelsetjenesten i Nydalen, og ved senteret for spiseforstyrrelser på Gaustad. Dr. Flaatten har dermed kjennskap til problemstillingen både gjennom primær- og sekundærhelsetjenesten. Da det var mange ting vi ønsket å få diskutert før vi gikk videre med vår problemstilling, avtalte vi et møte med henne. Under dette møtet gav hun uttrykk for at det var svært viktig at de pasienter som plages med spiseforstyrrelser diagnostiseres på et tidlig stadium. Norsk medisinsk ekspertise og litteraturen på området enes om at tidligere diagnostisering av spiseforstyrrelser bedrer pasientens prognose (se kunnskapsgrunnlaget).

Dr. Flaatten hadde også tro på at SCOFF stiller de "riktige" spørsmålene for tidligere å kunne diagnostisere spiseforstyrrelser i allmennpraksis. Likevel påpeker dr. Flaatten at ett av hovedproblemene i norsk allmennpraksis er at "helsesystemet vårt ikke er lagt opp til at ting tar tid." Hun beskriver at spiseforstyrrelser fortsatt er et tabubelagt emne for mange, og at det derfor ofte tar tid å opparbeide en allianse med pasientene basert på gjensidig tillit. Av den grunn mener dr. Flaatten at spørsmålene i SCOFF heller burde stilles og diskuteres med pasienten over flere konsultasjoner. Hun synes også at emnet trening; hvor ofte, hvor mye, og hvor vanskelig å la være, er et tema som burde innbefattes av SCOFF.

I litteraturen finnes evidensbasert forskning som beskriver hvordan bruk av en sjekkliste som SCOFF for diagnostisering av spiseforstyrrelser medfører tidligere diagnostisering (se kunnskapsgrunnlaget). SCOFF ligger tilgjengelig i NEL, og fastlegene i Norge har derfor lett tilgang til denne sjekklisten. Likevel synes det ikke som om fastlegene bruker den, og av dette kan vi derfor slutte at det finnes et forbedringspotensiale i norsk allmennpraksis. Vi ønsket derfor å innføre SCOFF i én norsk allmennpraksis for å se om dette kunne medføre økt diagnostisering av spiseforstyrrelser. Vi mener SCOFF er et svært godt tiltak da den etter bare en kort innføring er enkel og rask å bruke. Dette medfører at SCOFF både er kostnadseffektiv og tidsbesparende. Samtidig er den trygg for pasientene.

## **5.1 Effektindikator**

På bakgrunn av dette valgte vi oss en effektindikator for tiltaket:

"Hyppigere diagnostisering av spiseforstyrrelser i allmennpraksis når SCOFF benyttes?" Vi anser denne effektindikatoren som god da den måler det vi faktisk har til hensikt å måle: "Vil flere pasienter få stilt diagnosen spiseforstyrrelse hvis SCOFF innføres ved en allmennpraksis?" Vi mener at effektindikatoren er svært valid mht tiltaket. Vi mener også at den er relevant for den praksisen hvor vi ønsker å innføre tiltaket. Effektindikatoren og måten den skal måles på er lagt opp på en slik måte at dataene våre lett vil kunne etterprøves. Dessuten kan den uttrykkes i en målbar enhet; det vil si et tall som beskriver "økt hyppighet". "Økt hyppighet" er også et begrep andre lett kan forholde seg til. Dette vil antageligvis lette prosessen ved å skape positivitet og motivasjon for tiltaket også ved andre allmennpraksiser. Det negative ved effektindikatoren er at den ikke kan vise at det bare er SCOFF som medfører økt hyppighet av diagnosen. Det kan for eksempel tenkes at bare ved å innføre

tiltaket øker legenes oppmerksomhet mot diagnosen, eventuelt kan en økning også være et uttrykk for overdiagnostisering eller være et resultat av en tilfeldig opphopning av pasienter med spiseforstyrrelser i den målte perioden (clustering). Med bakgrunn i dette kan man altså ikke garantere at stadige målinger vil fremkalle samme svar. Effektindikatoren er altså mindre reliabel enn det som er ønskelig. Et annet problem ved effektindikatoren er at den lett lar seg påvirke av den legen som utfører SCOFF. De målbare dataene vil derfor til en viss grad være avhengig av legens innstilling til SCOFF, hans/hennes tolkning av spørsmålene i SCOFF, samt pasientens svar. Legens personlighet i møte med pasienten vil også kunne påvirke; dersom legen ikke opptrer empatisk vil ikke pasienten åpne seg, og heller ikke svare ordentlig på spørsmålene i SCOFF.

Kunnskapsgrunnlaget viser altså at SCOFF er effektivt som et verktøy for å avdekke spiseforstyrrelser i en allmennpraksissituasjon, samt at tidlig intervensjon ved spiseforstyrrelser er gunstig. Bruk av SCOFF vil være nyttig hvis det kan medføre tidligere diagnostikk av spiseforstyrrelser, eller at pasienter som ellers ville gått uoppdaget får tilbud om behandling. Ettersom SCOFF har høy negativ prediktiv verdi, kan bruk av dette tiltaket bidra til at mistanke om spiseforstyrrelser raskt kan avkrefte, og at legene dermed får en lavere terskel for å ta i bruk SCOFF ved mistanke. Samtidig er kostnadene forbundet med bruk av SCOFF lave, ettersom det eneste som kreves er en gjennomgang av metoden, uten behov for utstyr eller lignende. Det er noen utfordringer knyttet til innføring av tiltaket. For det første har mange allmennleger funnet seg en kommunikasjonsstil som passer for dem, og kan være negative til innføring av noe som oppleves som en rigid sjekkliste som må følges. Denne tilbakemeldingen har vi fått av to leger, dr. Tori Flaatten ved Studenthelsetjenesten i Nydalen og dr. Mette Brekke ved Kurbadet legesenter. For det andre vil det være en utfordring å sikre at SCOFF blir utført på den måten studiene i kunnskapsgrunnlaget forutsetter. Ulike leger vil ha forskjellige vurderinger overfor hvilke pasienter og i hvilke situasjoner SCOFF skal tas i bruk. Basert på dokumentasjonen av SCOFFs effekt, de lave kostnadene ved å innføre tiltaket, samt at tiltaket er trygt å bruke, mener vi at fordelene overstiger motforestillingene.

## 6 Prosess og organisering for bedre praksis

Prosjektet skal gjennomføres i en gruppepraksis. Ved at flere leger er med på tiltaket, vil man kunne oppnå en større entusiasme rundt det, samt at legene har mulighet til å diskutere implementeringen med hverandre.

Vi ser for oss at SCOFF legges frem av én av legene, som fungerer som pådriver. For eksempel kan dette gjøres i forbindelse med internundervisning om temaet spiseforstyrrelser i allmennpraksis (for eksempel et lunsjmøte), der pådriveren sammenfatter litteraturen for å vise fordelene med tidlig diagnostisering og hvordan SCOFF kan bidra til dette. I tillegg bør man fokusere på kommunikasjonsmessige aspekter. Pasienter med spiseforstyrrelser kan nok oppleves av mange som vanskelige å kommunisere med, og SCOFF kan oppleves som et bidrag til å gjøre det lettere eller mer håndgripelig å gjøre seg opp en mening om hvorvidt en pasient har en spiseforstyrrelse.

I forbindelse med dette kan SCOFF legges frem av en av legene som fungerer som pådriver, ved at litteraturen sammenfattes for å vise fordelene ved tidlig diagnostisering og hvordan SCOFF kan bidra til dette, og man blir enige om å forsøke bruk av SCOFF i praksisen.

Ettersom legene jobber sammen, kan de diskutere utfordringer løpende, men de bør også avtale tid for mer strukturerte evalueringsmøter. Vi foreslår et første møte etter én måned, der man går gjennom hvordan det fungerer med SCOFF i klinikken, og om det er noen problemer som gjør at gjennomføringen bør endres. Ved å ha første evaluering såpass tidlig oppnår man at startvanskeligheter kan løses før man ”kjører seg fast”. Deretter kan evalueringsmøter holdes etter behov, for eksempel hver sjette måned. Se tabell 1 for forslag til implementering i praksis.

Tiltaket er tenkt gjennomført slik at legene, dersom de får mistanke om at en pasient kan ha en spiseforstyrrelse, skal stille spørsmålene som inngår i SCOFF på den måten det beskrives i kunnskapsgrunnlaget. Kunnskapsgrunnlaget viser at SCOFF har god negativ prediktiv verdi, slik at man ved negativ SCOFF sannsynligvis vil kunne utelukke spiseforstyrrelse. Ved positiv SCOFF vil det derimot være indisert å gå videre med en mer målrettet utredning tilpasset den enkelte pasient.

	Aktivitet/ Tiltak:	Involverte:
Forarbeid	Gjennomgang kunnskapsgrunnlag og forberedelser av internundervisning. Innkalling til møte.	Prosjektansvarlig lege.
Dag 1	I: Lunsjmøte: Internundervisning med bakgrunn i kunnskapsgrunnlag. Presentering av SCOFF, skissering av bruk hos enkeltpasient og som totalprosjekt. II: Åpning for diskusjon og tilbakemeldinger fra legene.	Samtlige leger i gruppepraksisen.
Fra og med dag 1	Legene bruker systematisk SCOFF når de får mistanke om at en pasient kan ha en spiseforstyrrelse.	Samtlige leger i gruppepraksisen.
Etter 1 måned	Evalueringsmøte. Legene går gjennom erfaringer, og om noe bør endres i gjennomføringen.	Samtlige leger i gruppepraksisen.
Etter 6 måneder	Effektindikator hentes ut. Innkalling til evalueringsmøte. Ev nytt litteratursøk for å se etter faglig oppdatering.	Prosjektansvarlig lege.
Etter 6 måneder	Evalueringsmøte: Effekten og gjennomføringen av tiltaket vurderes. Legene blir enige om tiltaket skal videreføres.	Samtlige leger i gruppepraksisen.
Hver 6. måned	Nytt evalueringsmøte med uthenting av effektindikator.	Som ved 6. mnd.

**Tabell 1:** Forslag til implementering av SCOFF i praksis

## 6.1 Ledelsesaspekter

De fleste allmennpraktiserende leger i Norge er selvstendig næringsdrivende. Dette innebærer at den enkelte selv styrer sin egen kliniske praksis, selv om flere leger kan samarbeide økonomisk med tanke på lab, hjelpepersonell osv. Man får derfor en ekstra utfordring ved at de deltakende legene når som helst kan velge å avslutte bruk av SCOFF, eller bruke det på en annen måte enn slik det er forutsatt i kunnskapsgrunnlaget. En eventuell konflikt rundt dette kan føre til at prosjektet havarerer. Vi anser at den viktigste måten å unngå dette på er å sørge for at legene er motiverte til å ta i bruk tiltaket fra starten av. Forhold som kan bidra til dette er å innføre tiltaket i en praksis der det allerede er faglig samarbeid mellom legene (internundervisning), der legene er interessert i å forbedre sin håndtering av spiseforstyrrelser, samt at den som fungerer som pådriver presenterer SCOFF på en hensiktsmessig måte. Et argument som kan brukes for å selge inn bruk av SCOFF til leger som i utgangspunktet ikke er spesielt interessert, er å vise til at SCOFF kan gjøre tilnærmingen til en pasient med mulig spiseforstyrrelse lettere. I tillegg må legene på forhånd bli enige om hvordan SCOFF skal benyttes, og man må også godta at de ulike deltakerne kan bruke skjemaet på litt forskjellige måter i praksis tilpasset sin egen kommunikasjonsstil.

## 6.2 Evaluering

Som effektindikator velger vi antall pasienter som blir registrert med diagnosekoden P86 i løpet av en seks måneders periode. Denne diagnosekoden heter "Anorexia nervosa/bulimi", men er den koden som passer best for gruppen spiseforstyrrelser under ett. Vi antar at denne koden vil bli brukt også ved spiseforstyrrelser som ikke faller inn i anoreksi- eller bulimibegrepet, ettersom det eneste alternativet, P99 ("psykisk lidelse IKA"), er for uspesifikt.

Denne indikatoren kan hentes ut av elektronisk journalsystem uten at man trenger å gå inn i hver enkelt pasients journal. I første omgang hentes indikatoren ut for de seks månedene umiddelbart før tiltaket innføres, deretter etter at tiltaket har vært i bruk i seks måneder. Dette vil avsløre om SCOFF bidrar til at flere pasienter med spiseforstyrrelser oppdages, mens disse tidligere for eksempel ville fått diverse symptomdiagnoser fra mage-tarmsystemet eller lignende. Hvis tiltaket viser seg å være vellykket, kan indikatoren hentes ut regelmessig med seks måneders mellomrom for å følge opp effekten på lengre sikt.

### **6.3 Oppfølging/sikre videre forbedring for fremtiden**

For å sikre at tiltaket videreføres er det viktig med jevnlige evalueringer (f.eks. hver sjette måned), for å se at det faktisk har effekt. Det er liten vits å fortsette med et tiltak dersom dette viser seg ikke å virke. I tillegg må legene kunne utveksle erfaringer om det kommunikasjonsmessige rundt bruken av SCOFF. Det er også viktig å gjøre regelmessige litteratursøk, for å holde seg oppdatert på hva som er best praksis. Det kan for eksempel tenkes at det kommer nye publikasjoner som viser at en modifisert utgave av SCOFF, eventuelt en annen strukturert intervjuform, har enda bedre effekt.

## 7 Diskusjon

Kunnskapsgrunnlaget har vist oss at tidlig diagnostisering av spiseforstyrrelser gir en bedret prognose med redusert morbiditet og mortalitet. Samtidig viser studier at det er en tydelig underdiagnostisering av disse tilstandene i britisk allmennpraksis, der opptil 50 % av spiseforstyrrelsene ikke blir identifisert. Norsk litteratur og ekspertuttalelser gir oss liten grunn til å tro at det er annerledes i norsk allmennpraksis. De initiale presentasjonene med kryptiske og diffuse fysiske og/eller psykiske plager gjør at mistanken om en underliggende spiseforstyrrelse ikke sjelden vekkes først etter gjentatte konsultasjoner. Samtidig er nok spiseforstyrrelser fortsatt et tema som bærer et visst preg av tabu og stigmatisering ved seg slik at ikke bare pasienten, men også legen vil kunne ha kvaler med å ta tak i det underliggende problemet.

Vårt ønske med denne oppgaven har vært å gi allmennlegen et verktøy for enklere diagnostisering når mistanken om en spiseforstyrrelse oppstår.

Kunnskapsgrunnlaget viser at SCOFF egner seg godt til å utelukke en mistenkt spiseforstyrrelse. En befolkningsstudie gjennomført i Storbritannia viste en høy negativ prediktiv verdi (99,3 %). Samme undersøkelse viste en ikke overbevisende spesifisitet (89,6 %), og en lav positiv prediktiv verdi (24,4 %). Ved bruk av SCOFF på pasienter der mistanken om spiseforstyrrelse allerede er vakt, vil disse verdiene endres til det bedre. Videre gir de potensielt alvorlige konsekvensene ved en oversett spiseforstyrrelse et insitament til bruk av SCOFF. Som nevnt tidligere vil utkomme av en SCOFF-anamnese være tett knyttet til lege- pasientforholdet da pasienten alltid har muligheten til å unndra seg eller lyve på spørsmålene. Det er allikevel mer sannsynlig å bekrefte en mulig spiseforstyrrelse om man spør, enn om man ikke spør etter viktige tegn og symptomer. Styrkene og svakhetene til SCOFF må komme tydelig frem ved implementering i gruppepraksis. Hovedbudskapet må være at SCOFF skal brukes ved klinisk mistanke og at en positiv SCOFF- anamnese må føre til videre utredning.

Den praktiske gjennomføringen i gruppepraksis bør drives av en hovedansvarlig med vesentlig motivasjon for prosjektet. At denne gruppen pasienter ofte oppleves vanskelig bør



brukes aktivt som motivasjon for hyppigere bruk av SCOFF. Prosjektleder bør følgelig også kunne støtte kollegene faglig i det videre arbeidet med pasienter som har en positiv SCOFF-anamnese. Vi tror at bruken av SCOFF, samt videre bevisstgjøring og opplæring om spiseforstyrrelser, vil gi allmennpraktikerne økt mestringsfølelse rundt denne vanskelige pasientgruppen. Vår antagelse er at konsekvent bruk av SCOFF ved mistanke om spiseforstyrrelse vil gi en raskere og enklere diagnostiseringsprosess både for lege og pasient.

Effektindikatoren for evaluering av intervensjonen har vi definert som økt hyppighet av diagnosen spiseforstyrrelse i allmennpraksis når SCOFF benyttes. Som nevnt tidligere vil den ikke skille mellom en eventuell bevisstgjøring og økt oppmerksomhet rundt spiseforstyrrelser hos allmennpraktikeren og den direkte effekten av SCOFF som screeningsverktøy. Dette vanskeliggjør en detaljert evaluering av hvilke del av intervensjonen som er mest avgjørende for utfallet, men vi vil oppfordre til å se intervensjonen som en helhet der effektindikatoren til syvende og sist sier mest om potensielle effekter på pasientens helse. Jamfør tidlig diagnose vs. prognose. Dynamikken i allmennlegens pasientliste vil også påvirke antall diagnoser med henhold på tid. Vi kan forvente en tidlig økning som et uttrykk for at legen oppdager flere pasienter med en underliggende spiseforstyrrelse som tidligere har gått udiagnostisert, men effekten av en potensielt mer sensitiv diagnostiseringsprosess vil avta om pasientgruppen forblir den samme. Den faktiske prevalensen i populasjonen vil også variere over tid og vil kunne påvirke tolkningen av tiltaket.

## 8 Konklusjon

Det er med stor sannsynlighet en vesentlig underdiagnostisering av spiseforstyrrelser i norsk allmennpraksis. Vi har vist at en tidlig diagnose virker positivt på pasientens prognose. SCOFF er et relativt godt dokumentert hjelpemiddel i diagnostiseringen av spiseforstyrrelser, og egner seg til å utelukke spiseforstyrrelser ved mistanke, eller gi insitament til videre utredning. En innføring av SCOFF i en gruppepraksis vil kreve få økonomiske ressurser, men avhenge av prosjektansvarlig og klinikernes motivasjon for endringer i arbeidet med denne vanskelige pasientgruppen. Vi anser det slik at de positive effektene, både med hensyn til pasientens helse og legens mestringsopplevelse, er langt større enn de negative ved et slikt prosjekt. Vi anbefaler derfor at prosjektet gjennomføres.

## 9 Kilder

1. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2003 Jan 15;67(2):297-304.
2. Legehåndbok NE. Norsk Elektronisk Legehåndbok. 2010 [cited 2010 1402]; Available from: <http://www.legehandboka.no/>.
3. Hunskar S. Allmennmedisin: Gyldendal Norsk Forlag; 2003.
4. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord*. 2009 Apr 2.
5. Frostad S. Somatic investigation and treatment of eating disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004 Aug 26;124(16):2121-5.
6. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri: Gyldendal Norsk Forlag; 2007.
7. van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord*. Mar;43(2):130-8.
8. Mehler PS. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Ann Intern Med*. 2001 Jun 5;134(11):1048-59.
9. Austin SB, Ziyadeh NJ, Forman S, Prokop LA, Keliher A, Jacobs D. Screening high school students for eating disorders: results of a national initiative. *Prev Chronic Dis*. 2008 Oct;5(4):A114.
10. Bjørnelv. Spiseforstyrrelser i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004(124):2372-5.
11. Hautala L, Junnila J, Alin J, Gronroos M, Maunula AM, Karukivi M, et al. Uncovering hidden eating disorders using the SCOFF questionnaire: cross-sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. *Int J Nurs Stud*. 2009 Nov;46(11):1439-47.
12. Parker SC, Lyons J, Bonner J. Eating disorders in graduate students: exploring the SCOFF questionnaire as a simple screening tool. *J Am Coll Health*. 2005 Sep-Oct;54(2):103-7.
13. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behav Res Ther*. 2008 May;46(5):612-22.